TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr A. BOIFFIN

Professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes,
Chirurgien suppléant des Hôpitaux.



PARIS
BUREAUX DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*
14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

—

1893



TITRES SCIENTIFIQUES

1878. — Concours pour l'*Internat des Hôpitaux* de Nantes. (Nommé 1er).

1880. — Concours pour l'*Adjuvat de Clinique* à l'École de Médecine de Nantes. (Nommé 1er).

1881. — Concours pour les *Prix de Clinique* à l'École de Médecine de Nantes. (1er Prix).

1881. — Concours pour l'*Externat des Hôpitaux* de Paris. (Nommé 25e).

1882. — Concours pour l'*Internat des Hôpitaux* de Paris. (Nommé 9e au 1er Concours).

1re année d'Internat : Service Berger, à la Charité.
2e — — — Périer, à Saint-Antoine.
3e — — — Trélat, à la Charité.
4e — — — Verneuil, à la Pitié.

Médaille de bronze de l'Assistance publique de Paris.

1883. — Concours pour l'*Adjuvat d'anatomie à la Faculté de Paris.* (Nommé 2e).

1886. — Concours pour le *Prosectorat à la Faculté de Paris.* (Nommé 1er).

1887. — *Médaille d'argent* (Lauréat de la Faculté de Paris, Prix des thèses de Doctorat).

1888. — Concours pour le *Clinicat de Chirurgie à la Faculté de Paris.* (Nommé *chef-adjoint* du Professeur Trélat).

1889. — Concours pour la Chaire de *Professeur suppléant de Clinique chirurgicale* à l'École de Nantes. (Nommé).

1889. — Concours pour la place de *Chirurgien suppléant des Hôpitaux* de Nantes. (Nommé).

1891. — Membre correspondant de la *Société de Chirurgie* de Paris.
Membre correspondant de la *Société anatomique* de Paris.
Membre de la *Société de médecine* de Nantes.
Membre de la *Société anatomique* de Nantes.

1893. — Dix années dans l'Enseignement :
De 1883 à 1889, à l'*École pratique d'Anatomie à la Faculté de Paris;*
De 1889 à 1893, à l'*École de médecine de Nantes.*

II

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CLINIQUE CHIRURGICALE.

1\. — **Des hernies adhérentes au sac; accidents; thérapeutique.** Thèse de Doctorat, Paris, 1887 (Médaille d'argent); et Revue générale (*Gazette des Hôpitaux*, 21 mai 1887).

Ce mémoire a été fait sous l'inspiration de mon maître, le professeur Trélat; il est basé sur quelques observations de cure radicale dues à sa bienveillance et à celle du professeur Terrier. Ces succès opératoires, les premiers publiés en France, me permirent d'établir la réalité de mes études sur la physiologie pathologique de ces hernies, et la nécessité de leur appliquer de bonne heure la cure radicale.

Jusqu'à cette époque, l'intervention chirurgicale est proscrite dans la plupart des accidents des hernies adhérentes; on adopte encore les idées de Malgaigne sur ce sujet; on attribue ces accidents à la *péritonite herniaire*, et la doctrine du *pseudo-étranglement* signifie encore : temporisation, abstention, en fait de thérapeutique. Mais, à la vérité, on admet cette explication comme autrefois on acceptait la théorie de l'engouement. On dit péritonite herniaire, parce qu'on ne veut pas opérer dans la crainte d'un revers; et c'est alors encore un *noli me tangere* que la vieille hernie adhérente avec ses accidents.

Je repris l'étude des caractères anatomiques de ces adhérences, et des modifications profondes subies par les organes herniés.

D'après leur origine, je distinguai deux grandes classes d'adhérences :

1° *Les adhérences par inflammation;*

2° *Les adhérences par glissement.*

Les *adhérences par inflammation*, les plus importantes, sont constituées par un exsudat qui s'organise, forme un tissu de cicatrice qui se rétracte et déforme les organes ainsi réunis; les parois intesti-

nales sont profondément altérées non seulement au niveau de la hernie, mais plus ou moins haut sur le bout supérieur : modifications très importantes au point de vue de la physiologie pathologique.

Les *adhérences par glissement* sont formées par une sorte de locomotion, de glissement du péritoine de l'une ou l'autre fosse iliaque, entraîné par l'intestin. Le méso vient s'insérer sur l'une des parois du sac herniaire ; cette disposition est intéressante à connaître au point de vue opératoire.

La doctrine de la *péritonite herniaire* entraînait une thérapeutique différente de celle appliquée pour l'étranglement vrai. On s'évertuait donc à trouver des caractères nets pouvant servir à distinguer ces deux états ; mais on ne peut que constater l'impuissance du clinicien à préciser ce diagnostic, car, lorsqu'il emploie le terme de péritonite herniaire, il est prêt à le changer selon la marche des accidents.

Quelle est donc la nature de ces troubles ? Ce n'est pas l'engouement. Malgaigne a suffisamment démontré que l'engouement, tel que l'entendaient les anciens, n'existe pas ; c'est un mot à faire disparaître du langage chirurgical.

Pour Malgaigne, pour Gosselin, pour tous les classiques, c'est *l'inflammation*, qui est la cause des accidents des hernies adhérentes ; mais tout ce qui a été écrit sur ce sujet est empreint de l'incertitude et de l'hésitation les plus manifestes ; ainsi Gosselin acceptait cette doctrine sans preuves, car il n'avait observé que quatre cas et il n'avait pas vérifié en ouvrant le sac.

En tant que lésion anatomique, l'inflammation existe ; mais, au lieu d'être la cause des accidents, n'en est-elle pas plutôt une conséquence, et ne joue-t-elle pas seulement un rôle secondaire ? En effet, si l'élément inflammatoire peut tout expliquer, comment, par quel mécanisme ? On cherche en vain la réponse ; elle n'a jamais été donnée : c'est une hernie enflammée, et cela a suffi jusqu'à ce moment.

Devant de tels accidents, l'idée qui s'impose, est celle d'un obstacle mécanique au cours des matières, obstacle dont l'effet est plus ou moins rapide à se produire, parfois aussi lent que dans l'obstruction par cancer de l'intestin; mais cet obstacle n'en existe pas moins aussi réellement.

Pour quels cas admettait-on encore la théorie de l'inflammation ?

Pour les hernies adhérentes, c'est-à-dire pour les hernies où se trouvent réunies des causes multiples d'occlusion intestinale; or, n'est-ce pas une partie importante de la grande cavité abdominale qu'une de ces grosses hernies scrotales ? Ce qui est vrai pour la cavité abdominale doit l'être aussi pour ces cavités secondaires. Ce sont ces soudures, ces brides qui immobilisent et déforment l'intestin, qui jouent le rôle principal en entravant les mouvements normaux des parties herniées : c'est l'idée d'obstacle mécanique qui doit dominer dans ce fait, et entraîner une intervention active.

Ces hernies ne sont pas à l'abri de l'*étranglement vrai*, ainsi que l'a bien établi Bourguet d'Aix. Les autres accidents sont décrits par les auteurs sous le nom commun de *pseudo-étranglements*. Je n'ai pas conservé cette expression, pour qu'il ne reste aucune confusion possible avec les doctrines anciennes; j'ai pris le terme d'*occlusion intestinale herniaire*, marquant bien que l'on retrouve les mêmes dispositions anatomiques, les mêmes causes, les mêmes phénomènes morbides qu'en pathologie abdominale. J'ai réuni une série d'observations établissant la réalité de cette pathogénie variée : bride fibreuse, orifices de l'épiploon, corde épiploïque, collections liquides juxtà-intestinales, rétrécissement intestinal, corps étrangers intestinaux, invagination sous les efforts de taxis, réduction en masse, coudures brusques de l'intestin.

Par cette étude de physiologie pathologique, j'ai donc ruiné la doctrine de la péritonite herniaire, et établi clairement que tous les accidents des hernies adhérentes doivent être rapportés à un obstacle mécanique au cours des matières, que ce soit l'étranglement vrai, ou que ce soit l'une des nombreuses variétés d'occlusion intestinale.

Dans l'étude des symptômes, j'ai montré que, pendant la longue période des accidents légers et fugaces, c'était une grande erreur que de regarder à chaque atteinte cette résolution comme entièrement salutaire, et ces troubles comme de faibles inconvénients tout à fait passagers.

Tout autre doit être la signification de ces accidents répétés : ce sont autant d'avertissements, autant de plaintes de la part des viscères herniés, qui subissent des altérations de plus en plus profondes. Cha-

que reprise de ces troubles digestifs indique que l'on franchit une nouvelle étape vers les accidents à forme grave. Cette tumeur herniaire renferme tous les éléments d'un orage redoutable qui peut éclater sous l'influence d'une cause en apparence très légère. Il n'y a que l'ignorance de son danger qui puisse donner à ce hernieux une tranquillité trompeuse.

Qu'il soit riche ou qu'il soit pauvre, c'est un infirme; et, si l'on voit facilement la misère dans laquelle tombe inévitablement celui qui ne peut plus se livrer au travail pénible assurant son existence du lendemain, le hernieux riche n'en subit pas moins lui aussi une véritable misère morale : cette tumeur empoisonne et abrège ses jours.

Plus d'un chirurgien a refusé l'opération à un malade de cette classe, prêt à s'exposer aux plus grands dangers, pourvu qu'on le débarrasse de son infirmité, et qu'on le rende enfin à la vie commune.

Du tableau de ces accidents se déroulant lentement, et aboutissant à une opération laborieuse que le chirurgien ne pratique que la main forcée, alors que le malade est *in extremis*, et des résultats désastreux de la temporisation que nous avons réunis, se dégage nettement cette notion que la gravité de l'intervention ne dépend que de deux facteurs : *la durée des accidents, et l'ancienneté de la hernie*. L'opération doit être aussi précoce que possible, quand on se trouve en présence de complications évoluant dans une hernie adhérente, car on ne peut dire à leur apparition si ces troubles ne sont pas le prélude des accidents graves dont ils ne sont souvent en effet que les avant-coureurs. D'ailleurs ne savons-nous pas maintenant qu'ils ne sont que l'expression de lésions nouvelles en voie de formation et que plus nombreux auront été les accès de douleurs et plus complexes, plus intimes seront les adhérences que le chirurgien sera exposé à trouver quand des accidents graves apparaîtront un autre jour et lui imposeront une intervention dans de mauvaises conditions.

Tout individu porteur d'une hernie adhérente doit se considérer comme allant d'un pas plus ou moins rapide vers des complications redoutables. Selon le jour et le lieu où elles éclateront, il sera obligé de se remettre entre des mains peut-être insuffisamment préparées, alors que les difficultés opératoires seront devenues très grandes.

Nous étions ainsi amené à conclure qu'il faut :

1° Traiter par la cure radicale toute hernie adhérente dès qu'elle est reconnue ;

2° Si on n'a pas pu instituer ce traitement, intervenir immédiatement en cas d'accidents.

Toutes ces idées sont devenues classiques aujourd'hui.

2. — **Quelques considérations sur le traitement des salpingites suppurées.** (*Progrès médical*, 7 février 1891).

Depuis peu de temps, la *laparotomie* n'était plus le seul mode d'intervention contre les suppurations pelviennes. M. Péan venait de publier (1) sa technique de la *castration totale* par la *voie vaginale*. Mais cet auteur, pour faire valoir tous les avantages de la nouvelle méthode, faisait un tableau bien sombre de la laparotomie, et d'autre part ces avantages nous semblaient bien exagérés. Nous étions frappé de ces exagérations et surtout de certaines contradictions dans la description.

Nous appuyant sur ce que nous avions observé chez nos maîtres et sur quelques opérations personnelles, pratiquées à nos débuts chirurgicaux, nous nous sommes efforcé de montrer que « la laparotomie ne dure pas, comme le prétend le promoteur de l'hystérectomie vaginale, un temps toujours fort long, et que la malade, lorsqu'elle parvient à se relever du shock, lorsqu'elle échappe à la péritonite, ne conserve pas pendant des années, parfois même pendant toute sa vie, une fistule sinon dangereuse, du moins fort désagréable ». Et nous citions des observations où les malades étaient guéris de leur plaie au bout de 20 à 25 jours, après des suites opératoires très simples, sans menace de schock, ni douleur de péritonite.

Nous nous attachons à montrer que le pus de ces collections purulentes plus ou moins anciennes n'est pas dangereux dans la plupart des cas. Dans notre première opération, nous avons eu pour ainsi dire une contre-épreuve, comme dans une véritable expérience : la plaie abdominale avait été complètement et longtemps au contact du liquide virulent sorti par la rupture du kyste, et cependant la réunion était

(1) *Bulletin médical*, 1890, p. 633.

parfaite le 9e jour, si ce n'est au niveau du drain. Mais le jour de l'ablation des fils de suture, on fit probablement usage de coton ou de gaze septiques, la suppuration envahit aussitôt la partie inférieure de la ligne de suture qui se désunit sur 5 à 6 centimètres.

Ces observations établissaient donc que la castration abdominale donne de bons résultats même dans des cas complexes, et non pas seulement, comme le soutient M. Péan, « lorsqu'il n'existe que des salpingo-ovarites catharrhales, ou lorsque les tumeurs suppurées sont de petit volume, récentes, et sans adhésions vasculaires. »

D'ailleurs, pour faire abandonner systématiquement la laparotomie, il faudrait que la voie vaginale fît disparaître toute grande difficulté opératoire. Or elle les augmente souvent, car, de l'aveu de son promoteur, « l'ablation de l'utérus en pareil cas présente des difficultés sérieuses en raison des adhérences nombreuses et fortes; il est très difficile de décoller ces organes et de faire basculer dans le vagin le bas-fond de l'utérus. Il va sans dire que les *difficultés redoublent*, lorsque le vagin est étroit, rigide, lorsque la cloison recto-vaginale est refoulée, œdématiée, le cul-de-sac vagino-péritonéal épaissi, distendu, effacé. »

Cette étude critique de la méthode vaginale ne lui trouve que deux avantages bien discutables : on ne met pas à découvert la masse intestinale, ce qui n'est pas bien important pour le chirurgien vraiment aseptique; enfin on ouvre les collections purulentes à leur partie déclive; mais, si le drainage vaginal est nécessaire, rien n'est plus simple que de faire passer un gros tube à drainage par le fond du cul-de-sac de Douglas dans le vagin. Nous avons appliqué cette idée avec succès dans une opération ultérieure.

3. — **Quelques remarques sur le traitement du pédicule par la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale.** (*Mercredi médical*, 25 mars 1891).

Après avoir montré que l'électrothérapie est un moyen palliatif précieux, mais non applicable à tous les cas, que la castration ovarienne est exposée elle-même à des échecs et à des contre-indications, enfin que les résultats de l'hystérectomie abdominale se sont améliorés à ce point que Richelot a pu dire que cette opération est maintenant comparable à l'ovariotomie, nous faisions voir que le procédé, le plus

parfait alors, semblait être celui qui permettait de rentrer sans crainte le pédicule dans le ventre et de refermer complètement la paroi abdominale.

Quelques échecs inattendus et inexpliqués du traitement intrà-péritonéal du pédicule par la ligature élastique perdue ne paraissaient dus qu'à une technique encore imparfaite dans quelque détail. Plusieurs procédés cherchaient à réunir les conditions de sécurité dans la réduction du pédicule : on évide ce pédicule, on détruit la muqueuse utérine aux ciseaux et au thermo-cautère, et Richelot, trouvant encore cette surface de section dangereuse, prend la précaution d'étendre le grand épiploon sur la tranche du moignon utérin pour la séparer de la masse intestinale.

Pour réaliser ce principe de l'isolement de la surface de section du pédicule utérin du reste de la cavité abdominale, nous avons employé une disposition très simple : en faisant la section de la tumeur au-dessus du lien élastique, nous avons conservé une manchette de 3 centimètres environ de hauteur, constituée par la séreuse doublée d'une mince couche musculaire; une fois le moignon complètement façonné, cette manchette fut relevée comme au bout d'un moignon d'amputation et tendue transversalement de façon à former deux bords. Une suture en surjet à points serrés, pratiquée selon la méthode de Lembert, adossa les faces séreuses l'une à l'autre; celles-ci sont bientôt soudées par les adhérences, et la section utérine doit être ainsi rapidement refermée.

Enfin nous faisions ressortir la simplicité du pansement purement aseptique que nous employions avec succès depuis un certain temps déjà : sur la longue suture de l'incision abdominale nous ne mettions pour tout pansement qu'une épaisse couche d'ouate stérilisée à 120° à l'autoclave, sans aucun autre agent antiseptique.

Depuis cette époque, ce procédé d'adosser deux lambeaux péritonéaux pour recouvrir la section utérine a été publié par Chroback (de Vienne) avec une modification dans la forme des deux lambeaux qui sont inégaux, sous le nom de *procédé rétro-péritonéal.*

Enfin le pansement purement et simplement aseptique est aujourd'hui presque généralement adopté.

4. — Rétrécissements congénitaux multiples de l'intestin chez un nouveau-né. Occlusion intestinale; perforations intestinales. (*Bulletins de la Société de Chirurgie,* séance du 22 avril 1891).

Cette observation présente un double intérêt, anatomique et pathogénique, car l'histoire et la marche des rétrécissements congénitaux de l'intestin sont encore à l'état d'ébauche.

Chez un nouveau-né de 3 jours se manifestèrent des symptômes d'occlusion intestinale ; le méconium n'avait pas été rendu, et cependant l'anus et le rectum étaient normalement conformés. Malgré l'état général déjà mauvais, je pratiquai la laparotomie pour lever l'obstacle ou établir un anus contre nature ; mais je trouvai le péritoine rempli de méconium : il y avait donc eu perforation de l'intestin. L'enfant meurt dans la soirée et à l'autopsie on trouve deux rétrécissements cylindriques très serrés sur la fin de l'intestin grêle, réduit à ce niveau à l'état de simple cordon. De plus, il y avait absence de cœcum, et arrêt de développement du côlon; seul le rectum avait un calibre normal.

Dans ces conditions, la laparotomie seule permet de se rendre un compte exact des malformations et d'instituer une thérapeutique rationnelle, consistant soit dans l'anus contre nature, soit dans la résection intestinale suivie d'entérorraphie, soit dans l'entéro-anastomose.

5. — Fistule stercorale siégeant sur une ancienne hernie inguinale. Résection intestinale, entérorrhaphie circulaire; réduction. (*Bulletins de la Société de Chirurgie,* séance du 22 avril 1891).

Une hernie adhérente ancienne fut le siège d'une inflammation suppurative terminée par fistule stercorale. Il ne s'agit nullement là de phénomènes d'étranglement terminés par phlegmon stercoral, mais de traumatisme subi par l'intestin sous la pression du bandage ; de là une altération des parois, facilitant la migration des germes pathogènes.

Dans une première intervention, la fistule fut oblitérée par une simple suture à double plan, et réduite ; mais le bourrelet muqueux bordant la fistule fut une gêne considérable pour cette réparation qui ne fut pas satisfaisante ; il faut donc toujours exciser la muqueuse.

Deux jours après, on trouve l'intestin ressorti et en mauvais état,

les tuniques muqueuse et musculeuse formant un volume trop gros sous la suture de la séreuse, et menaçant de créer un obstacle au cours des matières; c'est alors que je pratiquai la résection de l'anse malade, suivie de l'entérorrhaphie circulaire qui donna un résultat favorable.

6. — **Rétrécissement du côlon ascendant ; abcès stercoral ouvert dans le rectum et dans la vessie. Laparotomie ; entéro-anastomose.** (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, séance du 22 avril 1891).

Cette observation constituait le 5e cas de guérison d'entéro-anastomose pour rétrécissement (Hacker, Hacker, Chaput, Russel, Boiffin) ; Billroth avait eu une mort.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, dont l'affection remonte à la première enfance. En novembre 1889, le malade présente des symptômes de typhlite, laissant une tumeur iliaque. En janvier 1890, on constate des évacuations de pus par la vessie et le rectum ; des gaz et des matières s'échappent par l'urèthre. L'état général du malade devient très grave ; il ne prend plus que des aliments liquides ; encore provoquent-ils des douleurs violentes.

Je pratique la laparotomie latérale, et je trouve une tumeur volumineuse occupant l'origine du gros intestin et constituant un obstacle à peu près absolu au passage des matières. Cette tumeur ayant les caractères du tissu fibreux simple, et le malade étant dans un état de faiblesse extrême, je me décide pour l'entéro-anastomose que j'établis entre l'intestin grêle et le côlon transverse, en faisant sur chacun de ces viscères une fente de 5 centimètres et réunissant les lèvres de ces fentes par vingt points séro-séreux.

Je me mets ensuite à la recherche de l'abcès stercoral pelvien, en décollant le péritoine pariétal de la fosse iliaque droite; mais je fais quatre ponctions blanches, sans trouver la collection au milieu de la masse solide occupant tout le cul-de-sac de Douglas. Il fallut abandonner cette recherche. Néanmoins la plaie guérit en quelques jours, et la santé revint rapidement : ce fut une véritable résurrection.

Cet abcès tardif consécutif à une typhlite constitue un nouvel argument en faveur de l'intervention dans cette affection.

L'entéro-anastomose est donc une opération pleine d'avenir, et le procédé de la suture est le meilleur.

7. — Plaie perforante de l'abdomen par instrument tranchant. Hernie d'une anse intestinale portant quatre perforations. Sutures intestinales; réduction après débridement de la paroi abdominale. (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, séance du 29 avril 1891).

Cette observation montre que, tout en admettant en principe la laparotomie dans le cas de plaie pénétrante de l'abdomen, il faut parfois obéir à certaines indications individuelles, et restreindre son acte opératoire au minimum possible sous peine de compromettre le résultat.

Un homme de 40 ans est apporté, pâle et sans connaissance, quelques heures après avoir reçu un coup de couteau dans le ventre. Il présente, au niveau du flanc gauche, une plaie étroite de laquelle fait hernie une anse intestinale de 20 centimètres, souillée de matières fécales, de sang, de poussière. On y constate quatre perforations.

Après toilette de l'anse herniée, et suture des perforations, je me contentai de réduire après débridement de la plaie de la paroi abdominale, sans essayer de vérifier l'état du reste de l'intestin, car le malade serait mort sur la table d'opération. Je suturai le péritoine et les muscles; je laissai la plaie cutanée ouverte, car elle était certainement infectée. Le malade sortait guéri au bout de quatre semaines.

8. — Plaie perforante de l'abdomen par instrument tranchant. Perforations intestinales et mésentériques. Épanchement sanguin abondant dans la cavité péritonéale. Double plaie de la trachée. Laparotomie. Sutures intestinales. Mort au cinquième jour après rupture des fils de la suture abdominale dans un accès de delirium tremens. (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, séance du 29 avril 1891).

Un alcoolique de 43 ans s'est fait, à l'aide d'un tranchet de cordonnier, de nombreuses plaies à la gorge et au ventre.

Le blessé, exangue, porte près de l'ombilic une petite plaie transversale de 25 millimètres paraissant de peu d'importance. Mais une pince dilatatrice stérilisée put être introduite de plus de 10 centimètres, et ses mors écartés, il s'écoula par la plaie une grande quantité de sang noir.

Il y avait donc un épanchement sanguin intra-péritonéal et probablement des lésions intestinales.

La laparotomie fut pratiquée immédiatement : les anses intestinales baignaient dans le sang, et l'une d'elles portait une double perforation laissant échapper un mucus verdâtre, filant, souillant les anses voisines ; de plus, il existait sur le mésentère d'une autre anse une petite plaie donnant issue à un jet de sang.

Ces différentes plaies furent suturées, et la cavité péritonéale lavée à l'eau bouillie. Mais le blessé était pâle, refroidi, son pouls filiforme ; on lui fit de suite une injection intra-veineuse d'un litre de sérum artificiel stérilisé ; aussitôt les forces se remontèrent.

Les quatre premiers jours se passèrent très bien, et le malade paraissait devoir guérir, quand dans la nuit suivante il fut pris d'un violent accès de delirium tremens, qui amena la rupture de la suture abdominale, et les anses intestinales restèrent à découvert hors du pansement dérangé.

Le malade succomba le sixième jour avec tous les symptômes d'une péritonite au début.

Cette observation vient à l'appui de la doctrine des interventionnistes ; il y avait un épanchement sanguin intra-abdominal : il était donc nécessaire d'aller rechercher les vaisseaux lésés, mais en même temps on trouvait les lésions intestinales que les abstentionnistes abandonnent à elles mêmes, attendant les manifestations d'une excellente culture microbienne dans le sang intra-péritonéal, ainsi que l'a dit le Prof. Terrier, dans son rapport. Il n'est pas rationnel d'intervenir alors que la péritonite est en pleine évolution.

Enfin il est intéressant de voir l'influence heureuse et rapide de l'injection intra-veineuse de sérum artificiel sur un malade exsangue à la suite d'hémorragies abondantes et prolongées.

9. — **Laparotomie ou hystérectomie vaginale.** (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 18 novembre 1891).

A propos de la discussion à la Société de Chirurgie sur le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus, j'ai adressé une statistique de 12 laparotomies, intéressante sinon par le nombre des observations, du moins par quelques faits dominants, montrant les bons résultats obtenus par la laparotomie, et citant un fait d'hystérectomie communiqué à la Société de Médecine de Nantes, où l'ure-

tère avait été pincé, et où la fistule uretérale avait nécessité une néphrectomie secondaire.

Enfin, examinant chacun des cas opérés par la laparotomie, je n'en trouvai qu'un seul qui aurait dû être traité par l'hystérectomie.

10. — **Sur la difficulté du diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire.** (*Bulletins de la Société de la Chirurgie*, séance du 1er juin 1892).

A propos de la communication de M. Monod sur ce sujet, j'ai adressé l'observation d'une femme de 40 ans, que son médecin et un chirurgien déclarèrent enceinte de 6 mois; à l'époque présumée de l'accouchement, cette femme qui sentait des mouvements, fut prise de douleurs utérines intenses pendant 2 jours. On attendit en vain l'accouchement ; tout rentra dans l'ordre, mais le ventre continua à grossir. La laparotomie me permit d'enlever un gros kyste de l'ovaire.

11. — **Considérations sur quelques cas d'occlusion intestinale et de péritonite par perforation.** (*Communication au Congrès français de Chirurgie*, 6e session, Paris, 1892).

Dans le courant de l'année 1891, j'ai eu l'occasion d'observer et de traiter six cas d'occlusion intestinale soit aiguë, soit chronique, et un cas de péritonite par perforation simulant tout à fait l'étranglement interne.

J'ai cherché dans tous ces cas, avec beaucoup d'attention, à dégager des différents symptômes les éléments d'un diagnostic exact de la cause des accidents et de son siège; je dois avouer de suite que, comme mes devanciers, je suis arrivé à un résultat négatif à ce double point de vue.

Mais, par contre, j'ai acquis la profonde conviction que, actuellement, dans l'occlusion intestinale aiguë, la laparotomie est en elle-même une opération peu grave, et que, si l'on peut agir au début des accidents, l'on peut impunément manipuler l'intestin pendant un temps relativement très long, lui faire subir des modifications importantes, et même ajouter à cette intervention intestinale une autre opération grave telle que l'hystérectomie abdominale, pour mettre à découvert la cause de l'étranglement ; enfin je suis convaincu que

toute la gravité de la situation ne tient qu'à la durée des accidents, à leur intensité, et surtout au degré d'intoxication stercorale du sujet.

On discutera encore des années sur la valeur relative de tel ou tel signe, et au lit du malade on passera un temps précieux à suivre l'évolution des accidents, cela pour aboutir à un diagnostic quelquefois probable, ordinairement très douteux, le plus souvent erroné, et l'on regarde comme très beau de reconnaître une péritonite par perforation alors qu'il est trop tard pour agir utilement.

L'intervention chirurgicale au contraire a changé complètement de gravité ; que ce soit la laparotomie ou l'entérotomie, dont je n'ai pas discuté ici les indications différentes après de plus autorisés que moi, ces deux opérations considérées en elles-mêmes sont devenues d'une bénignité reconnue ; d'une façon générale, la laparotomie exploratrice gagne chaque jour du terrain ; elle a réalisé en effet dans la technique opératoire des progrès considérables, grâce auxquels j'ai pu examiner l'intestin, faire l'hystérectomie abdominale, sectionner une bride, cela chez une femme de plus de 60 ans.

Avec la méthode de l'asepsie par la chaleur, on peut dire que c'est une nouvelle période chirurgicale qui vient de commencer. Mais il y a un autre facteur qui reste le plus important dans la question, et qui a besoin d'être modifié : c'est le malade.

Il est encore dans les mœurs médicales de lutter des jours et des jours contre les accidents de l'occlusion intestinale, et en laisse ainsi se faire l'empoisonnement stercoral.

Il faut que les médecins acceptent cette idée que l'occlusion, tout comme l'étranglement herniaire, est une maladie essentiellement chirurgicale, et qu'ils ne doivent pas perdre le temps à raffiner un diagnostic le plus souvent impossible, car le taux de la mortalité est dû surtout au retard apporté à l'opération, en un mot à ce raffinement de la clinique qui, pour quelques faits heureux très rares que l'on cite toujours, devient désastreux dans la grande majorité des cas.

Le traitement médical est en effet un traitement de tâtonnement et je reprendrai volontiers pour l'occlusion intestinale ce mot de J.-L. Petit, à propos des accidents herniaires : *Il faut ouvrir le livre de la vérité, je veux dire le ventre.*

12. — **Chirurgie rachidienne.** (*Communication au Congrès français de Chirurgie*, 6e session, Paris, 1892).

La trépanation de la colonne vertébrale est un sujet encore a l'étude ; les faits en sont peu nombreux. Je rapportai les 2 observations suivantes, dont la seconde en collaboration avec mon maître, le Prof. Joüon ; elles présentent un double intérêt, au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue des indications thérapeutiques.

Dans la première, il s'agit d'un homme de 36 ans qui fut atteint de fracture de la colonne vertébrale dans la région lombaire, avec paraplégie immédiate. Je l'examinai trois mois après l'accident, et, comme il y avait encore de la sensibilité et de la motilité dans quelques régions des deux membres inférieurs, je pratiquai la trépanation du rachis au niveau de l'ancienne fracture. Les pédicules de la deuxième lombaire avaient été écrasés ; les lames vertébrales s'étaient rapprochées de la face postérieure du corps vertébral, ne laissant à ce niveau qu'un espace très étroit où passait la moelle réduite à l'état de lanière.

Une douzaine de jours après l'opération, la sensibilité était revenue dans les membres inférieurs jusqu'aux malléoles ; plus tard le malade imprimait des mouvements à la cuisse droite, la défécation était redevenue normale et le malade urinait seul.

Mais les nombreux cathétérismes avaient infecté ses voies urinaires, et une pyélo-néphrite suppurée entraîna la mort deux mois après l'opération.

Dans l'observation II, il s'agit d'un malade du Prof. Joüon, atteint de symptômes paralytiques des quatre membres, permettant d'admettre une compression de la moëlle cervicale, d'origine probablement tuberculeuse. M. Joüon voulut bien accepter mon idée sur la nécessité d'une intervention et il lui pratiqua la laminectomie dans la région cervicale.

Le malade guérit de sa compression médullaire, et progressivement les troubles paralytiques se réparèrent.

Cette opération est d'une grande simplicité et d'une véritable innocuité ; elle devrait être plus couramment employée dans la pratique chirurgicale. La résection des lames vertébrales donne un large accès

dans le canal rachidien et permet de supprimer la cause des accidents médullaires, en dégageant la moelle qui peut se réparer alors.

13. — **Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique.** (Mémoire présenté à l'*Académie de Médecine* par M. le Dr Périer, séance du 27 septembre 1892. — *Archives provinciales de Chirurgie*, octobre 1892).

Si l'indication opératoire est admise, depuis un certain temps déjà, comme pressante et absolue dans l'invagination intestinale aiguë, il n'en est pas de même pour la forme chronique de cette affection, car la désinvagination ne se présente plus comme le but idéal et facile de la laparotomie.

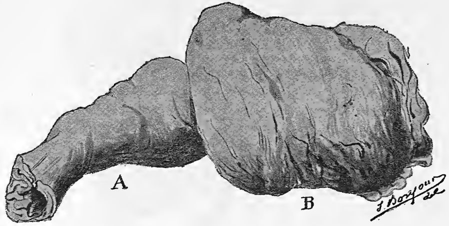


Fig. 1. — Aspect de l'invagination avant toute tentative de désinvagination. — *Légende :* A, intestin grêle ; B, côlon ascendant contenant l'invagination.



Fig. 2. — Aspect de l'intestin après tentatives de désinvagination.

Fig. 3. — Vue prise (face postérieure) après section longitudinale du côlon, afin de montrer la partie invaginée. — *Légende :* A, cæcum ; B, côlon ascendant ; C, intestin grêle.

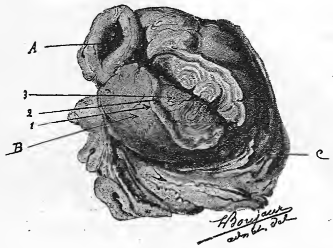


Fig. 4. — Coupe du boudin invaginé, montrant ses trois plans histologiques. — *Légende :* A, orifice de l'intestin grêle et bont de l'invagination ; B, cæcum invaginé et sectionné ; C, gros intestin (paroi interne écartée du cæcum) ; 1, couche muqueuse du cæcum ; 2, couche celluleuse du cæcum ; 3, couche musculeuse du cæcum.

En 1886, Braun, à propos d'une intervention de ce genre, a réuni en un tableau de 64 faits, tous les cas opérés et publiés depuis les temps les plus reculés. Ces vieilles statistiques n'ont plus de valeur : on ne peut présenter les mauvais résultats d'autrefois pour annuler les quelques succès récents. Pour juger sainement le traitement opératoire de l'invagination chronique, j'ai pris ce qui a été fait dans les six ou huit dernières années, et j'ai montré qu'avec ces résultats nouveaux il y a lieu de réviser les conclusions des ouvrages classiques qui datent d'hier.

J'ai été amené à faire cette étude à propos de deux faits d'intervention heureuse dans cette affection.

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 24 ans, malade depuis deux mois avec des symptômes intestinaux mal caractérisés, faisant penser à une péritonite tuberculeuse à forme sèche. La laparotomie nous fit découvrir une invagination iléo-cœcale chronique, dont la réduction fut impossible tant, les adhérences étaient intimes. Je fis la résection de tout le boudin invaginé, c'est-à-dire environ 35 centimètres d'intestin, et je réunis, par une suture circulaire, bout à bout, l'intestin grêle et le colon ascendant. Le malade guérit et est actuellement dans un état de santé excellent. (Voir *Fig. 1, 2, 3* et *4*).

La seconde observation n'est autre que celle du rétrécissement que j'ai traité par entéro-anastomose (voir n° 6) et dont je n'avais pu trouver la pathogénie ; il ne me reste aucun doute, actuellement que j'ai eu sous les yeux les lésions anciennes d'une invagination survenue dans l'enfance, guérie spontanément et laissant un rétrécissement cylindrique.

Ces deux observations montrent combien est grande la difficulté du diagnostic.

J'ajoutai quelques *considérations thérapeutiques* établissant que, pas plus que les purgatifs à outrance administrés autrefois, les calmants employés à haute dose aujourd'hui ne sont rationnels; ces médicaments impuissants par eux-mêmes à procurer la guérison ne font que retarder l'œuvre utile du chirurgien en endormant les troubles réflexes qui jettent l'alarme.

Il ne faut compter ni sur la réduction spontanée, ni sur la guérison spontanée par élimination du boudin invaginé, ou par ouverture de fistules stercorales; les moyens mécaniques sont dangereux et doivent

être abandonnés, car les parois intestinales présentent des altérations profondes, favorisant la rupture.

Il y a vingt ans, l'*intervention chirurgicale* n'avait à choisir qu'entre la laparotomie et l'anus contre nature ; c'est ce dernier parti que préconisent actuellement encore tous les classiques. Or, il n'est pas difficile de montrer combien l'entérostomie constitue une intervention insuffisante et même dangereuse dans l'invagination chronique : l'ouverture intestinale peut siéger sur une partie très élevée de l'iléon ; elle laisse entre elle et l'invagination un bout d'intestin normal assez long ; enfin elle laisse dans le ventre une source énorme de dangers, car la masse invaginée est toujours soumise aux phénomènes d'étranglement, de gangrène et de suppuration ; le malade est épuisé par la douleur persistante.

D'ailleurs cet anus contre nature sera-t-il temporaire ? Par où passeront les matières, si un rétrécissement se constitue au niveau de l'invagination ?

L'entérostomie n'a que deux indications : les symptômes généraux graves et le siège rectal de l'invagination.

La laparotomie est l'opération de choix, permettant d'établir le diagnostic avec précision et d'agir d'une façon rationnelle selon l'état des parties, en pratiquant soit la désinvagination, soit la résection suivie d'entérorraphie circulaire ou d'anus contre nature.

Dans un chapitre, j'étudie les différents procédés de sutures : suture circulaire, suture circulaire avec fente, implantation latérale de Senn, apposition latérale, entéro-anatomose.

Les *indications thérapeutiques* sont ainsi résumées :

Le *traitement médical* est insuffisant et entraîne une mortalité énorme ; de plus il fait retarder l'intervention chirurgicale qui doit être précoce.

Le *traitement par les moyens mécaniques simples* doit être rejeté comme insuffisant, aveugle et dangereux.

Le *traitement chirurgical* sera appliqué dès que le diagnostic sera posé ou seulement soupconné sans attendre l'apparition d'accidents aigus qui aggravent les lésions.

La laparotomie sera médiane ou latérale selon le siège de la lésion.

On tentera d'abord la désinvagination.

On fera la résection de la tumeur ; et, si le jeune âge, l'état général du sujet contre-indiquent une opération complexe et de longue durée on se résignera à établir un anus contre nature.

Mais le procédé de choix sera l'entérorraphie intestinale sous l'une de ses formes.

S'il y a un rétrécissement fibreux simple on pratiquera l'entéro-anastomose.

A la suite de ce travail, j'ai réuni en un tableau 15 cas d'invagination chronique ayant subi le traitement chirurgical, et parmi eux mes deux observations sont les deux premières publiées en France.

14.— **Statistique d'une série de 20 laparotomies.** (*Communication à la Société de Médecine de Nantes*, séance du 11 Avril 1892; *Gazette médicale de Nantes*, mai 1892).

Sur ces 20 laparotomies, j'avais obtenu 19 succès opératoires : le seul insuccès n'était dû ni à une faute opératoire, ni à une faute d'asepsie. Il s'agit en effet d'un rétrécissement cancéreux du pylore ne laissant passer aucun aliment depuis huit jours entiers. La mort par shock opératoire survint au bout de 36 heures sans accident du côté du ventre. Cette observation, qui vient d'être publiée dans la thèse de M. Trognon, élève du Prof. Terrier, contribue à montrer que les insuccès dans cette intervention tiennent à l'époque trop tardive où elle est pratiquée.

Deux autres morts de cette série ont été éloignées et ne peuvent être imputées à l'opération : dans un cas il s'agit d'une tumeur maligne de l'ovaire avec généralisation; dans l'autre cas, des lésions tuberculeuses multiples de l'intestin avaient formé de nombreux rétrécissements que l'on ne put enlever.

Cette série établit que les trois résultats mauvais sont dus à une intervention trop tardive.

15. — **Des lipomes douloureux.** (Clinique chirurgicale, *Progrès Médical*, 28 janvier 1893).

Deux faits se sont présentés simultanément dans le service de l'Hôtel-Dieu, remarquables par la sensibilité de la tumeur adipeuse,

par les troubles réflexes éloignés, et par l'origine traumatique probable de ces deux productions.

Ces tumeurs siègeaient à la région épigastrique, et simulaient à première vue des hernies épigastriques; de plus les malades accusaient des troubles gastro-intestinaux très marqués, qui sont d'ordinaire le cortège de la hernie de la ligne blanche; et cependant ce n'étaient que de vulgaires lipomes sous-cutanés, l'un encapsulé, l'autre diffus.

Bien que, depuis la communication du Prof. Terrier, au Congrès français de Chirurgie en 1886, la cure radicale des hernies épigastriques soit pratiquée couramment, et que l'intervention soit aussi bien indiquée pour une hernie que pour un lipome, ce diagnostic présente encore un grand intérêt et aussi parfois de grandes difficultés.

J'ai cherché à donner des signes différentiels en étudiant soigneusement ces deux faits, et j'en dégageai quelques points intéressants. Le développement de ces lipomes semble bien dû à des pressions répétées et assez fortes sur la région épigastrique. Les douleurs vives et les troubles réflexes ne pouvant être attribués au tempérament nerveux de ces femmes des champs, ni au volume, ni à l'inflammation des tumeurs, il est plus rationnel d'admettre que ces lipomes n'ont déterminé ces troubles que grâce à leur siège dans la région épigastrique. Cette région en effet est douée d'une sensibilité spéciale et elle répond à sa façon aux pressions, aux excitations.

On ne peut plus dire avec Cornil et Ranvier : « Les lipomes sont graves seulement lorsque par leur volume ils entravent une fonction, ou lorsqu'ils déterminent des accidents inflammatoires. » Ces deux faits montrent qu'il faut tenir compte aussi du siège.

16. — **Quelques interventions pour suppurations pelviennes.** — (Communication à la *Société de Médecine de Nantes;* in *Gazette médicale de Nantes*, 12 février 1893.)

Les lésions des suppurations pelviennes se présentent sous différents aspects, avec des sièges différents et surtout avec des complications multiples d'une importance souvent dominante. Aussi peut-on dire qu'il n'y a pas une suppuration péri-utérine, mais des suppura-

tions pelviennes présentant pour chaque cas des indications particulières, qui ne permettent pas de préconiser une méthode opératoire à l'exclusion de toutes les autres.

Dans une série de six cas successifs j'ai dû appliquer tantôt la laparotomie, tantôt l'incision simple, tantôt l'hystérectomie vaginale, montrant ainsi qu'il ne faut pas pratiquer systématiquement l'incision simple, sous prétexte que « cette méthode économique met en garde contre les débauches opératoires entraînant toujours de graves dangers et de déplorables mutilations », non plus que la castration utérine par le vagin, qui ne peut répondre à tous les cas et n'est ni bénigne ni moins dangereuse que la laparotomie; mais, quand on a affaire à des collections multiples, anciennes, complexes avec des fistules dans l'intestin ou la vessie, on ne peut plus reprocher à l'intervention de déplorables mutilations et de dangereuses débauches opératoires : en s'arrêtant à une simple incision, il est vrai qu'on ne mutile pas la malade; mais on la laisse presque fatalement mourir, en se dérobant devant une responsabilité.

Il ne faut donc pas être exclusif; c'est ce principe qui m'a dirigé dans le traitement de six malades pour lesquelles l'intervention a été différente, et qui sont à ajouter à la statistique déjà communiquéee à la *Société de Chirurgie*.

17. — **Fibrômes utérins sous-muqueux hydrorrhéiques; diagnostic; indications thérapeutiques; résultats opératoires.** (Communication à la *Société de Médecine de Nantes*. — *Gazette médicale de Nantes*, 12 mars 1893).

J'ai présenté deux grosses tumeurs fibreuses de l'utérus remarquables non seulement par leur volume, mais par certains symptômes, s'expliquant par les rapports avec la cavité utérine.

Les pertes cataméniales étaient très abondantes; mais, ce qui dominait surtout, c'était l'écoulement muqueux extrêmement abondant et continuel, déterminant un affaiblissement progressif, et chez l'une des malades une phlegmatia alba dolens très grave.

Je m'attachai à montrer que le diagnostic du siège de la tumeur pouvait être fait par les symptômes et la palpation bi-manuelle sans le secours de l'hystéromètre qui est, dans ces cas, d'un usage dange-

reux ; puis j'établissai, pièces en main, que l'électricité était inutile et même dangereuse sur ces tumeurs intrà-utérines, que le castration ovarienne n'avait aucune chance de succès sur ces myomes déjà trop isolés de la paroi utérine. L'indication était donc bien nette de supprimer ces grosses tumeurs par l'hystérectomie abdominale ; cette opération fut suivie de deux succès.

18.— **Carcinome du rectum ; résection et suture circulaire de l'intestin par la méthode de Kraske.** (Communication à la *Société de médecine de Nantes*, in *Gazette médicale de Nantes*, 9 avril 1893).

Le résultat idéal, auquel doit tendre cette opération, est d'enlever tout le néoplasme et de rétablir immédiatement la continuité du tube digestif en conservant l'intégrité des fonctions sphinctériennes de l'anus. Or, il est assez rare de trouver réunies les conditions favorables pour obtenir ce résultat, et ce fait est intéressant au double point de vue opératoire et fonctionnel. Dans les cas de ce genre, l'indication première est de faire cesser les douleurs et le ténesme rectal, dus au passage des matières sur le néoplasme ulcéré ; l'anus contre nature répond bien à cette indication, mais nous connaissons tous les grands inconvénients de cette infirmité. D'un autre côté, aucune comparaison ne peut être établie entre cette intervention purement palliative et l'opération de Kraske, dont les résultats peuvent être si parfaits au point de vue fonctionnel et peut-être même au point de vue de la guérison radicale. De là l'importance d'un examen et d'un diagnostic précoces établissant l'origine des troubles ano-rectaux, trop facilement attribués à de simples hémorrhoïdes.

19. — **Contusion violente du rein droit ; hèmaturies ; coliques néphrétiques.** (Communication à la *Société de médecine de Nantes*, in *Gazette médicale de Nantes*, 9 avril 1893).

Les indications thérapeutiques sont encore actuellement assez mal déterminées dans les contusions du rein, et ce genre de traumatisme est assez rare pour donner de l'intérêt à cette observation, qui présente un autre point intéressant dans le retour des hématuries plusieur jours après leur disparition complète : cette rechute montre que le repos doit être longtemps prolongé.

Le résultat heureux de l'expectation établit bien que la doctrine de Simon, en Allemagne, recommandant l'intervention immédiate, doit rester le plus souvent sans application.

Enfin, les précautions prises pour pratiquer le cathétérisme expliquent comment il n'y a pas eu d'infection du foyer rénal; tandis que dans plusieurs faits semblables il n'y a que le cathétérisme qui puisse être incriminé comme cause de la suppuration rénale, et les accidents suivent alors cette marche : rétention d'urine par caillots, infection des caillots contenus dans la vessie, infection ascendante de la plaie rénale par l'uretère. Cette pathogénie indique combien doit être réservé et aseptique le cathétérisme dans ces cas.

20. — **Genu valgum d'origine rachitique chez un enfant de deux ans. Ostéotomie; résultats opératoires.** (Communication à la *Société de médecine de Nantes. Gazette médicale de Nantes*, mars 1893).

Dans cette variété de genu valgum, l'ostéoclasie manuelle est une méthode dangereuse, lorsque les os ont repris leur consistance et leur solidité. En effet j'ai trouvé l'extrémité inférieure du fémur doublée de volume et d'une dureté très-grande. Le ciseau de Macerven dut faire une entaille large et profonde avant d'arriver à déterminer la fracture par pression latérale sur la jambe; les ligaments auraient certainement cédé sans l'ostéotomie préalable.

L'enfant porta un appareil à tuteurs latéraux dans les mois suivants; et, un an après, le résultat est parfait, alors que les deux malléoles étaient distantes de 14 centimètres avant l'opération.

21. — **Contusion de l'abdomen. Septicémie intestino-péritonéale; indications opératoires.** (*Communication au VIIe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1893).

Dans les plaies de l'abdomen, la règle de conduite n'est pas encore déterminée d'une façon absolue, même quand le caractère évident de la pénétration existe. Il y a encore des abstentionnistes; mais, pour beaucoup de chirurgiens, pénétration est synonyme de lésion viscérale; la laparotomie immédiate s'impose, et il est bien certain que les interventionnistes ont gagné beaucoup de terrain dans ces derniers temps.

Mais, dans les contusions de l'abdomen, la doctrine de la laparotomie exploratrice immédiate ne peut plus se baser sur le fait tangible de la pénétration, car, alors même que la contusion est grave, il n'y a le plus souvent que des lésions peu importantes de la paroi abdominale, et quelquefois cette paroi ne conserve même pas la trace du traumatisme, l'épiderme ne porte pas la moindre éraflure, tandis que l'intestin ou un autre viscère peut être atteint d'une lésion à peu près fatalement mortelle, si elle est abandonnée à elle-même. La question se présente donc encore plus obscure dans les contusions de l'abdomen, et l'examen des symptômes reste le seul guide dans la détermination à prendre.

Dans l'immense majorité des cas, le chirurgien reste dans le doute sur la nature, le siège, la gravité des lésions viscérales dans ce genre de traumatisme, que Chavasse a proposé avec raison d'appeler *lésions fermées* de l'abdomen. Et cette persistance du doute résulte de l'impossibilité d'affirmer l'existence d'une perforation ou d'une plaque de sphacèle par des signes certains ; que ce soit le vomissement sanglant, les selles sanglantes, l'épanchement stercoral dans le péritoine, la douleur vive éprouvée après la déglutition des liquides, tous ces signes indiquant l'urgence de l'intervention sont malheureusement inconstants et rares, et la péritonite elle-même peut ne se révéler que très tardivement, ou bien au contraire exister plus ou moins intense sans perforation.

Mais ces perforations secondaires, qui transforment subitement les cas légers en cas mortels, ne sont-elles pas la preuve qu'une lésion grave peut exister, restant longtemps comme une menace permanente, sans se révéler par les signes ordinaires et alors l'expectation n'est-elle pas beaucoup plus dangereuse qu'une intervention précoce?

Nous avons dit que cette étude clinique des contusions de l'abdomen était incomplète : en effet, en dehors de la péritonite aiguë avec tout son cortège d'accidents se déroulant avec plus ou moins de fracas, que le clinicien hésitant attend avec anxiété, cherchant à surprendre les premiers symptômes précurseurs (?), il existe une modalité de signes d'une nature toute différente, mal connue, mal cherchée, et qui cependant constitue une indication pressante pour l'intervention, car c'est la révélation de cette lésion qui menace d'aboutir d'un moment à l'autre à la perforation secondaire, rapidement mortelle, et

qui détermine dès le début une infection de plus en plus profonde de tout l'organisme.

C'est surtout à Verchère que nous devons la connaissance de ce type clinique qu'il étudia sous le nom de septicémie intestino-péritonéale.

C'est ce type clinique que nous avons retrouvé dans un cas de traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval; c'est en reconnaissant les symptômes insidieux de la septicémie intestino-péritonéale que nous avons porté rapidement un pronostic grave, malgré toutes les apparences d'une bénignité rassurante durant plusieurs jours; et, tous nos efforts pour faire accepter une laparotomie précoce ayant échoué, le résultat désastreux de l'abstention donne à la relation de ce fait un intérêt capital au point de vue doctrinal.

22. — **Sur le traitement des suppurations pelviennes et les indications des différentes méthodes opératoires.** (*Communication au VIIe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1893).

L'intervention chirurgicale dans les suppurations pelviennes est maintenant pourvue de plusieurs méthodes opératoires dont la valeur relative est très discutée.

Nous avons pris le titre compréhensif de *suppurations pelviennes* et non celui de salpingites suppurées, parce que le siège anatomique des collections purulentes du petit bassin est variable, et cela domine toute la thérapeutique.

Dans la grande majorité des cas, ce sont les trompes qui forment des poches purulentes à parois isolables, énucléables, dont l'ablation complète doit-être le but de l'intervention.

Le phlegmon du ligament large existe réellement, bien qu'il ait été laissé un peu trop dans l'ombre quand la salpingite accapara toute l'attention des chirurgiens. Il n'y a plus là de poche énucléable: on devra donc se borner à donner issue à cette collection plus ou moins diffuse, sans chercher à rien enlever.

Mais, dans les suppurations anciennes qui ont diffusé par des poussées de pelvi-péritonite dans tout le petit bassin dont les organes sont soudés les uns aux autres, on trouve des altérations profondes de ces organes, des fistules les faisant communiquer entre eux, et la rupture des adhérences menace d'amener la rupture de leurs parois.

C'est en me basant sur ces considérations anatomo-pathologiques que j'ai rejeté l'emploi systématique de l'une des méthodes opératoires à l'exclusion des autres et dans 14 cas j'ai mis en œuvre, tantôt la laparotomie dans 9 cas, tantôt l'incision simple dans 2 cas, enfin l'hystérectomie vaginale dans 3 cas. Et ces 14 interventions, faites pour la plupart dans des cas très graves, m'ont donné 12 guérisons et 2 morts.

Ainsi l'examen clinique m'a déterminé à pratiquer la laparotomie sur le plus grand nombre de ces malades et dans chaque cas j'ai trouvé des poches isolables que j'ai enlevées.

A propos de deux hystérectomies vaginales, je montrai le rôle tardif des débris infectieux laissés dans le petit bassin. Les résultats éloignés sont importants à connaître pour établir la supériorité d'une méthode.

En réalité, il faut préciser les indications de chacune de ces méthodes, qui, loin d'être absolument rivales, répondent à des lésions différentes, à des localisations variables. L'hystérectomie vaginale ne nous apparaît que comme une nouvelle ressource dans les cas complexes de suppurations anciennes, surtout avec fistules multiples : c'est dire que nous lui réservons tous les mauvais cas; aussi bien nous ne lui reprocherons pas les mauvais résultats, car la laparotomie ne serait pas plus heureuse, on peut même dire moins heureuse.

23. — De l'ankylose rectiligne du coude et de ses indications.
(*Archives provinciales de Chirurgie*, mai 1893).

En étudiant les contre-indications de la résection de l'ankylose du coude, je montrai qu'un assez grand nombre de malades ne pourront bénéficier de cette opération et devront garder leur coude ankylosé, de sorte que la question de l'attitude à donner à ce membre supérieur conserve actuellement encore toute son importance.

Or, pour tous les auteurs classiques, l'accord est unanime, le précepte formel : il faut immobiliser la jointure, qui va s'ankyloser, dans la position dite naturelle, le coude fléchi à angle droit (Ollier, Kirmisson, Tillaux, Reclus). L'ankylose dans l'extension plus ou moins complète est une *ankylose vicieuse,* pour laquelle l'indication de l'opération est pressante (Ollier).

Mais trois faits successifs, dont je donne les observations, me démontrèrent que ce principe de pathologie était faux. Je reconnus qu'il y avait deux côtés bien distincts dans cette question de « position vicieuse » de l'ankylose du coude. Les auteurs ne semblent préoccupés que des mouvements du membre supérieur destinés à assurer le mécanisme de l'alimentation ou des soins personnels de l'individu.

Mais les fonctions du membre supérieur ne se bornent pas au boire, au manger, et à la toilette. Au point de vue du travail, de la profession, son action nous semble dominer de très haut toute la question ; car, s'il faut manger pour vivre, et pour cela porter les aliments à sa bouche, il faut le plus souvent d'abord que l'individu puisse se procurer par le travail ces aliments eux-mêmes. Or, en analysant les mouvements du membre supérieur dans diverses professions, on voit que celles-ci sont assez nombreuses où le membre supérieur doit être dans l'extension. De cette attitude résulte assurément une gêne pour les soins personnels; mais il faut choisir entre deux incommodités : ou bien porter avec difficulté les aliments à la bouche, ou bien ne pouvoir continuer le métier dont on fait son gagne-pain.

Par conséquent, je dis que dans *certaines professions* le traitement des affections du coude, qui peuvent entraîner l'ankylose, doit envisager l'extension comme la « *bonne position* » et l'attitude fléchie comme la « position vicieuse ». Il faut donc étudier chez chaque malade l'attitude la plus favorable au point de vue de sa profession, avant de placer un appareil ou de lui proposer une résection.

21. — **Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin. Anus contre nature et entéro-anastomose.** (Mémoire présenté par M. le Prof. Terrier à *l'Académie de médecine,* séance du 18 octobre 1892. — *Revue de Chirurgie,* octobre 1893).

Les longues discussions entre les partisans de l'anus iliaque et ceux de l'anus lombaire sont à peine oubliées que déjà l'anus iliaque lui-même est discuté et autant que possible il va être remplacé par l'anastomose intestinale.

J'ai étudié cette dernière opération au point de vue de ses indications et des différents procédés dans le cancer inopérable de l'intestin, à propos d'une intervention heureuse pratiquée dans ces conditions.

Étant donnée une tumeur abdominale dont le siège, la nature des

symptômes permettent de la localiser dans l'intestin, l'indication de la laparotomie est nettement établie. Mais, dans ces dernières années, si la tumeur n'était pas enlevable, le chirurgien se contentait de refermer l'abdomen, ou bien il pratiquait un anus artificiel; or, l'entéro-anastomose de Maisonneuve remplit toutes les indications de l'anus contre nature et de plus il en évite toutes les souffrances, tous les inconvénients.

J'ai fait la critique de différents procédés, en particulier de celui de Hochenegg qui fit une iléo-colostomie, et fixa les bouts du segment intestinal portant la tumeur au bas de la plaie abdominale constituant ainsi une sorte d'anus artificiel où se déversaient seulement les sécrétions de cette anse intestinale; mais il est certain que la gravité de l'entérorraphie circulaire est bien plus élevée que celle d'une entéro-anastomose simple, et ce diminutif de l'anus contre nature de Hochenegg a encore de grands inconvénients.

L'intervention doit être précoce dans le traitement des tumeurs de l'intestin; elle doit autant que possible se faire en dehors des accidents d'obstruction intestinale, avant leur apparition.

L'entérectomie suivie d'entérorraphie sera pratiquée dans le cas de tumeur petite, isolable, sans infection ganglionnaire lointaine.

Dans le cas de tumeur inopérable, avec infection ganglionnaire étendue, l'intervention de choix sera l'entéro-anastomose pure, en un temps.

Si l'entéro-anastomose est contre-indiquée par les accidents d'obstruction intestinale, par l'âge du sujet, par l'état général, ou par le siège rectal de la tumeur, on se résignera à établir un anus contre nature, qui pourra n'être que temporaire dans certains cas.

Ce mémoire est suivi de 10 observations d'entéro-anastomose recueillies dans la littérature étrangère; la mienne, la 11[e], est la première publiée en France.

25. — **De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.** — (Communication au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, à Besançon, séance du 4 août 1893. — *Arch. Prov. de Chir.*, septembre 1893).

Les kystes de l'ovaire sont habituellement regardés comme des néoplasmes dont l'évolution ne devient dangereuse que tardivement

soit par le développement excessif du volume, soit par la tranformation maligne des éléments de la tumeur. Mais il est une autre source de dangers dans un accident heureusement assez rare, la torsion du pédicule, qui peut se produire d'une façon précoce.

J'ai cherché à montrer que l'on a donné une mauvaise dénomination à ces accidents, en distinguant la *torsion brusque* et la *torsion lente*, selon la rapidité des symptômes. En réalité, ce n'est pas la rapidité plus ou moins grande du mouvement de torsion lui-même qui caractérise les phénomènes, c'est l'occlusion plus ou moins complète et totale des vaisseaux parcourant le pédicule qui détermine des lésions et des troubles variables,

On peut dire que ces accidents sont produits d'abord par une gêne de la circulation veineuse, à un degré plus avancé par l'arrêt de cette circulation veineuse ; enfin à un dernier degré par l'arrêt de la circulation artérielle ; à chacun de ces degrés répondent des lésions déterminées.

J'ai fait cette étude à propos de deux cas de torsion du pédicule : l'un était intéressant au point de vue des lésions anatomiques non seulement du kyste, mais de l'ovaire et de la trompe ; il a guéri. L'autre a entraîné la mort avant l'intervention.

De cette étude, j'ai tiré les conclusions suivantes :

La temporisation expose les femmes atteintes de kyste de l'ovaire à de graves dangers, dès le début ; aussi, dès qu'une tumeur de cette nature est reconnue, elle doit être enlevée.

Le début brusque d'accidents abdominaux, sans cause sérieuse, chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire, doit éveiller l'idée de torsion du pédicule.

Les accidents de cette origine sont ordinairement violents ; ils peuvent être rapidement mortels ; l'ovariotomie doit être pratiquée d'urgence, comme dans la hernie étranglée.

Même dans les formes lentes, l'intervention doit être précoce pour ne pas laisser s'établir et se fortifier les adhérences qui aggravent le pronostic de l'ovariotomie.

Les symptômes de péritonisme, loin d'être une contre-indication à la laparotomie, rendent cette intervention urgente.

La ponction simple doit être proscrite, car si elle diminue passagèrement la tension abdominale et la gêne respiratoire, elle permet une nouvelle hémorrhagie ou de nouvelles adhérences.

II. — CLINIQUE MÉDICALE.

1. — **Note sur un cas d'empoisonnement par le phosphore.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 132, 1881).

Il s'agit d'une fille de 20 ans, qui s'empoisonna avec le phosphore de deux paquets d'allumettes dont elle frotta l'extrémité au fond d'une petite boîte de conserves remplie d'eau; elle but tout le contenu. La mort eut lieu le 10e jour.

L'examen microscopique des différents viscères, fait très complètement, rend intéressante cette observation, surtout à cause du long temps écoulé entre l'absorption du poison et la mort.

2. — **Remarques sur un cas de rage traité par le jaborandi et la morphine.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 49, 1882).

Dans ce cas de rage déclarée, nous avons tenté une nouvelle médication par le jaborandi associé à la morphine et au chloral. Cette observation montre que, pour obtenir de ces médicaments un effet appréciable, il faut administrer des doses massives et rapprochées : ce n'est qu'après avoir absorbé, en 10 heures, 24 centigrammes de morphine, 15 grammes de chloral que le calme fut obtenu. Telle est la tolérance de l'organisme dans cet état pathologique, que l'on n'est pas parvenu à produire le sommeil en injectant sous la peau 48 centigrammes de morphine et en donnant en lavements 15 grammes de chloral, dans l'espace de 15 heures.

Les injections de pilocarpine furent faites à doses trop faibles pour obtenir un résultat appréciable.

3. — **Anévrysmes multiples de l'aorte ; pathogénie d'un bruit musical au second temps à la base du cœur.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 60, 1882. — *Pièce anatomique déposée au Musée de l'École de Nantes*).

L'étude clinique et anatomo-pathologique de ce fait donne l'explication du mode de production d'un bruit musical que l'on percevait au

deuxième temps à la base du cœur. Ce bruit, qui est très rare à ce moment de la révolution cardiaque, puisqu'on n'en cite que quelques cas, a reçu une interprétation fort variée. Dans cet anévrysme de l'aorte, situé immédiatement au-dessus de l'orifice aortique qui n'avait pas d'insuffisance, se trouvait un caillot suspendu en forme de battant de sonnette près de l'orifice de l'artère coronaire, ce corps solide donnait lieu à des vibrations sonores sous l'influence du courant sanguin.

Cette observation montre aussi que le crochet, qui occupe le sommet de la ligne d'ascension sur le tracé sphygmographique, n'est pas un indice certain d'insuffisance aortique.

4. — **Méningite tuberculeuse probable. Guérison.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 71, 1882).

Le diagnostic de méningite tuberculeuse fut porté par mon maître, le Prof. Trastour. Au début des accidents, il avait hésité entre une méningite et une fièvre typhoïde; la marche des symptômes a levé tous les doutes. La guérison si rare de la méningite fait tout l'intérêt de cette observation.

5. — **Rhumatisme articulaire aigu ; accidents cérébraux.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 77, 1882).

Sous l'influence d'atteintes successives et graves, on vit d'abord l'endocarde s'enflammer, puis le péricarde, la plèvre gauche ; enfin lorsque les complications cérébrales se manifestèrent, les douleurs articulaires diminuèrent d'intensité. M. Trastour nous fit pratiquer des frictions des articulations avec de la neige ; les symptômes cérébraux disparurent rapidement et firent place à une nouvelle fluxion articulaire, et à une éruption d'urticaire. Le délire ne reparut plus, et il y eut rapidement une grande amélioration.

6. — **Deux cas d'hématocèle rétro-utérine.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 84 et 91, 1882).

Etude clinique du diagnostic et de la marche de l'hématocèle rétro-utérine dans deux cas terminés par la guérison.

7. — **Grossesse tubaire ; rupture du kyste vers le deuxième mois. Mort.** (*Journ. de Méd. de l'Ouest*, p. 92, 1882. — *Pièce anatomique déposée au Musée de l'École de Nantes.*)

Etude clinique et anatomo-pathologique d'une grossesse tubaire, ayant évolué avec persistance des règles, et ayant déterminé la mort par rupture du kyste et hémorrhagie intra-péritonéale.

8. — **Tétanos traumatique anormal.** (*Journal de Médecine de l'Ouest*, p. 118, 1882).

Les contractures étaient d'abord limitées aux muscles de l'abdomen qui était rétracté, le malade devenait cyanosé par l'effort abdominal ; puis les muscles du dos se prirent, enfin les autres muscles furent atteints successivement.

9. — **Coliques hépatiques ; obstruction du canal cholédoque par un calcul ; mort.** (*Journal de médec. de l'Ouest*, p. 125, 1882).

Une cholécystite chronique avec calculs biliaires multiples se termina rapidement par la mort à la suite d'un arrêt complet de la bile dans le cholédoque. Cependant les calculs trouvés dans ce canal y séjournaient depuis longtemps ; il y eut probablement un déplacement obstruant désormais complètement le passage.

Cette observation présente un grand intérêt actuellement au point de vue des interventions nouvelles sur les voies biliaires. Les adhérences de la face inférieure du foie étaient telles qu'on ne trouvait pas de vésicule biliaire ; ce ne fut qu'à l'aide d'une dissection minutieuse que je parvins à trouver la vésicule, ratatinée, sous la forme d'un cylindre inégal, blanchâtre, de 3 centimètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre ; ses parois épaisses résistantes étaient rétractées sur des calculs anguleux ; tout cela vient à l'appui des remarques faites par le Professeur Terrier sur les caractères de la vésicule dans le cas de lithiase biliaire.

10. — **Paralysie des Ve, VIe, VIIe, VIIIe, XIIe paires crâniennes du côté gauche.** (*Journal de médec. de l'Ouest*, p. 129. 1882).

Étude clinique de localisation des lésions intrà-crâniennes d'origine syphilitique. Guérison par le traitement spécifique.

11. — **Paralysie des IIIe, IVe, V^e, VIe, VIIe, VIIIe, XIIe paires crâniennes. Mort. Lésions syphilitiques de la dure-mère et du rocher.** (*Journal de médec. de l'Ouest*, p. 133, 1882).

Étude clinique de localisation de lésions intrà-craniennes, vérifiée à l'autopsie.

III. — ANATOMIE.

Recherches sur l'anatomie des voies biliaires. Anatomie humaine et anatomie comparée. — Pièces anatomiques préparées pour le concours du Prosectorat de la Faculté de Paris et déposées au Musée Orfila, *1886*. (*Communication à la Société anatomique de Paris*, octobre 1886).

Dans une série de pièces sèches, je montrai les rapports généraux, la forme et la direction des voies biliaires extrà et intrà-hépatiques ; ces recherches ont acquis, dans ces dernières années, une grande importance par le développement de la chirurgie du foie. Pour l'injection de ces canaux, je pratiquai deux nouveaux procédés ; au lieu d'ouvrir le canal cholédoque sur son trajet, je plaçai la canule soit dans l'orifice de l'ampoule de Vater, soit dans une ouverture faite au fond de la vésicule biliaire.

Sur une pièce humide à la glycérine phéniquée, je montrai la capsule de Glisson se ramifiant dans le foie, et par l'ouverture longitudinale de ses divisions, les rapports des voies biliaires avec les vaisseaux sanguins.

Deux belles pièces préparées par corrosion du tissu hépatique après injection d'une masse de couleur variée dans les différents vaisseaux sanguins et canaux biliaires, établissaient sans aucun artifice de préparation la situation, le volume, les rapports réciproques de ces

canaux jusqu'aux lobules hépatiques, les fines ramifications des veines sus-hépatiques prenant naissance au milieu de celles de la veine porte, détails que la dissection est incapable de fournir ; enfin on remarquait les anastomoses de la veine porte avec les veines portes accessoires.

D'autres pièces étaient constituées par des moules solides de la vésicule biliaire et du canal cystique, par des injections au mercure des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse de ces cavités, lymphatiques aboutissant à un petit ganglion situé au niveau du col de la vésicule.

Enfin, une série de petites pièces montraient les voies biliaires aux différents âges.

L'Anatomie comparée était représentée dans une série de nombreuses pièces que je devais, pour la plupart, à l'extrême obligeance de M. Pouchet, du Muséum. Je pus réunir ainsi des spécimens très curieux des voies biliaires dans les différentes espèces animales.

IV. — PUBLICATION DIDACTIQUE.

DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS.

Volume de 253 pages avec 38 figures dans le texte.

M. le Professeur Debove m'a fait l'honneur de me confier la rédaction d'un volume de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. J'ai choisi pour sujet : **Les tumeurs fibreuses de l'utérus**, affection dont la thérapeutique a subi récemment de profondes modifications.

Dans cette publication, j'ai cherché d'abord à donner une description aussi exacte que possible de l'anatomie pathologique de ces tumeurs, considérant cette étude comme la base fondamentale du jugement à porter sur les différents traitements et en particulier sur leurs indications.

Puis j'ai fait une description sortout clinique des troubles fonctionnels et des signes physiques, ayant toujours à l'esprit les difficultés de l'examen des malades ; et j'ai exposé ensuite les idées qui tendent à se développer sur le pronostic souvent grave de ces tumeurs bénignes.

Enfin, mettant à profit les travaux récents, français ou étrangers,

qui viennent de modifier notablement la thérapeutique des fibromyomes de l'utérus, j'ai donné aussi exactement que possible la description de chaque méthode de traitement, de chaque procédé opératoire; et, en étudiant les différentes statistiques, j'ai cherché à en dégager la valeur, la gravité, les indications de ces divers modes de traitement.

Nous assistons, à cette époque, à un vigoureux assaut livré à ce retranchement de la pathologie pelvienne, qui était resté jusqu'ici trop souvent au-dessus des ressources de notre art.

Marquer ce mouvement, en étudier l'évolution, et, pour le hâter, en vulgariser les moyens : tel est le but de cet ouvrage.

V. — RECUEIL DE FAITS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Observations et Pièces anatomiques présentées à la Société Anatomique de Nantes.

1° TÊTE. — COU. — COLONNE VERTÉBRALE.

Angiôme de la face ayant subi la dégénérescence graisseuse; fille de 22 ans. (*Pièce 217.* — Année 1889).

Kyste paradentaire, 1re molaire gauche, mâchoire supérieure; femme de 25 ans. (*Pièce 228*).

Deux épithéliomas des joues, greffe de Thiersch; homme de 60 ans. (*Pièce 161.* — Année 1890).

Epithélioma de la paupière; greffe de Thiersch. (*Pièce 223*).

Fracture du crâne par écrasement antéro-postérieur, fracture limitée à la base; homme de 18 ans. (*Pièce 245*).

Goître kystique du lobe droit; volume d'une mandarine; énucléation ; femme de 44 ans. (*Pièce 251*).

Fragments de colonne vertébrale enlevés par trépanation pour écrasement de la 2e vertèbre lombaire; homme de 20 ans. (*Pièce 125.* — Année 1891).

Epithélioma développé sur un kyste sébacé ulcéré du cou; homme de 50 ans. (*Pièce 128*).

Kyste parotidien simple, début datant de 4 ans; femme de 42 ans. (*Pièce 184*).

Crâniectomie chez un enfant de 5 ans, idiot, avec contractures, convulsions, accès de dyspnée intense. Bande osseuse de 15 cent. sur 3, enlevée du côté gauche. (*Pièce 186*).

Epithélioma de la région malaire gauche ; greffe dermo-épidermique, homme de 59 ans. (*Pièce 226*).

Epithélioma de la lèvre inférieure ; homme de 53 ans. (*Pièce 241*).

Tumeur mélanique ulcérée du sourcil gauche, début 3 ans ; homme de 72 ans. (*Pièce 43*. — Année 1892).

2° THORAX. — MAMELLES.

Tumeur adénoïde du sein droit. Femme 27 ans. (*Pièce 173*. — Année 1889).

Carcinome du sein gauche ; femme 47 ans. (*Pièce 188*).

Carcinome du sein ; femme 45 ans. (*Pièce 257*).

Fragment de côte réséqué, tuberculose osseuse ; fille de 20 ans. (*Pièce 155*).

Carcinome du sein avec ganglions axillaires. (*Pièce 224*).

Carcinome du sein droit, début 4 mois, femme de 46 ans. (*Pièce 212*).

Carcinomes du sein ; femmes de 38 et 40 ans. (*Pièces 231 et 232*).

Tumeur du sein. Tubercules ; multitude de petits abcès caséeux ; début six mois ; femme de 41 ans. (*Pièce 242*).

Carcinome du sein ; l'examen clinique ne révélait aucun ganglion dans l'aisselle dont le curage en décela un grand nombre de petits ; femme de 40 ans. (*Pièce 252*).

Carcinome du sein, début 14 mois ; pas de ganglions à la palpation de l'aisselle, mais le curage en montra tout un chapelet remontant au sommet de l'aisselle ; femme de 39 ans. (*Pièce 256*).

Carcinome du sein, début 3 ans ; femme de 55 ans (*Pièce 44*. — Année 1892).

Carcinome du sein, début 3 mois ; femme de 42 ans. (*Pièce 52*).

Maladie kystique de la mamelle, à grand développement, l'autre sein a été enlevé 7 ans avant, sans récidive ; femme de 52 ans. (*Pièce 196*).

3° ABDOMEN.

Intestin grêle portant plusieurs perforations par instrument tranchant ; homme 50 ans. (*Pièce 205.* — Année 1889).

Péritonite cancéreuse généralisée ; autopsie (*Pièce 239*).

Sac herniaire d'une hernie inguinale irréductible par adhérences. cure radicale ; homme de 61 ans. (*Pièce 180*).

Anse d'intestin grêle réséquée pour une fistule stercorale siégeant sur une hernie crurale adhérente irréductible ; 7 centimètres d'intestin ; homme de 48 ans. (*Pièce 246*).

Epiplocèle datant de 20 ans ; diagnostic difficile avec un néoplasme. Cure radicale. (*Pièce 22.* — Année 1891).

Rate très volumineuse, leucocythémie splénique ; femme 30 ans. (*Pièce 170*).

Lipôme diffus sous-cutané de la région épigastrique, déterminant les troubles réflexes de la hernie épigastrique ; femme de 52 ans. (*Pièce 171*).

Lipôme encapsulé sous-cutané de la région épigastrique, déterminant les troubles réflexes de la hernie épigastrique ; femme de 31 ans. (*Pièee 172*).

Masse sébacée de l'ombilic, sortie à la suite d'un abcès ayant évolué en 3 semaines ; homme de 42 ans. (*Pièce 213*).

Prolapsus du rectum ; début dans l'enfance, très douloureux depuis quelques mois, crises violentes à chaque selle ; résection d'un cylindre du volume du poing ; homme de 30 ans. (*Pièce 60.* — Année 1892).

Segment d'intestin grêle atteint d'invagination chronique, résection, entérorrhaphie circulaire. (*Pièce 150*).

4° ORGANES GÉNITAUX URINAIRES.

A. FEMME.

Salpingite catarrhale double ; femme, 28 ans, castration, guérison. (*Pièce 130.* — Année 1889).

Kyste de l'ovaire droit ; fille de 21 ans. (*Pièce 194*).

Kyste de l'ovaire avec adhérences ; développé dans le ligament large gauche ; femme de 24 ans. (*Pièce 229*).

Salpingite suppurée bilatérale; femme 40 ans. (*Pièce 23.* — Année 1890).

Salpingite suppurée bilatérale. *Pièce 118*).

Hystérectomie vaginale totale pour cancer du col ; femme de 32 ans. (*Pièce 124*).

Gros polype fibreux intra-utérin; morcellement; fille vierge de 45 ans. (*Pièce 129*).

Lèvres du col utérin atteintes de catarrhe chronique ; femmes de 28 et 32 ans. (*Pièce 131*).

Salpingo-ovarite catarrhale bilatérale ; femme de 32 ans. (*Pièce 132*).

Débris d'une tumeur de l'utérus ; épithélioma tubulé avec trame myxo-sarcomateuse ; femme de 50 ans. (*Pièce 154*).

Kyste de l'ovaire suppuré à la suite du traitement par l'électricité ; masse sarcomateuse à la base ; femme de 45 ans. (*Pièce 213*).

Grosse tumeur fibreuse de l'utérus ; hystérectomie abdominale suprà-vaginale ; poids 9 kilogs ; femme de 39 ans. (*Pièce 217*).

Cancer du col de l'utérus ; hystérectomie vaginale totale, opération compliquée par la présence de plusieurs fibrômes du corps utérin ; femme de 40 ans. (*Pièce 215*).

Hémato-salpinx du volume d'une orange ; femme de 30 ans. (*Pièce 216*).

Hémato-salpinx ayant dédoublé le ligament large ; femme de 28 ans. (*Pièce 217*).

Ovaires poly-kystiques douloureux, castration bilatérale. (*Pièce 218*).

Ovaires poly-kystiques très-volumineux, castration ovarienne double pour douleurs pelviennes. (*Pièce 219*).

Hypertrophie du col utérin, prolapsus de l'utérus ; résection conoïde du col, colpopérinéorraphie; femme 50 ans. (*Pièce 220*).

Lèvres du col utérin atteintes de catarrhe chronique.(*Pièce 221*).

Double salpingite tuberculeuse, ayant déterminé une péritonite tuberculeuse ascitique ; femme de 25 ans. (*Pièce 247*).

Double kyste de l'ovaire multiloculaire ; femme de 62 ans. (*Pièce 249*).

Polype fibreux de l'utérus, du volume d'une orange, enlevée par la voie vaginale par morcellement. (*Pièce 250*).

Kyste de l'ovaire, pris pour une grossesse à terme, faux travail; femme de 49 ans. (*Pièce 20.* — Année 1891).

Tumeur maligne de l'ovaire, prise pour un fibrôme et traitée par l'électrolyse ; généralisation ; femme de 50 ans. (*Pièce 21*).

Kyste de l'ovaire à développement rapide en quelques mois, difficultés opératoires ; femme de 53 ans. (*Pièce 52*).

Kyste de l'ovaire uniloculaire, début un an ; ovariotomie, autre petit kyste dans l'autre ovaire ; fille de 23 ans. (*Pièce 108*).

Fibrôme utérin volumineux ; hystérectomie abdominale sus-vaginale pratiquée pour lever un étranglement interne par bride siègeant dans le cul-de-sac de Douglas. (*Pièce 109*).

Polype utérin à apparitions intermittentes ; accidents depuis deux ans. Ablation par débridement bilatéral du col ; femme 42 ans. (*Pièce 168*).

Col utérin présentant des ulcérations simples de diagnostic difficile avec un épithélioma ; femme de 45 ans. (*Pièce 169*).

Kyste de l'ovaire, multiloculaire. (*Pièce 177*).

Ligaments ronds, réséqués par l'opération d'Alexander pour rétroflexion. (*Pièce 185*).

Lèvres du col utérin atteintes de catarrhe chronique ; opération de Schrœder; femme de 40 ans. (*Pièce 211*).

Hypertrophie du col de l'utérus ; prolapsus de l'utérus. Résection conoïde du col; hystéropexie ; femme de 52 ans. (*Pièce 245*).

Double salpingite suppurée ; blennorrhagie trois ans avant ; double castration ; fille de 18 ans. (*Pièce 251*).

Double salpingite suppurée, début des accidents 6 ans, ouverture dans le rectum et la vessie. Hystérectomie vaginale totale ; femme de 27 ans. (*Pièce 10.* — Année 1892).

Polype de l'utérus du volume du poing ; après pertes et douleurs violentes pendant 8 jours, expulsion dans le vagin, obstruction instestinale par compression du rectum ; ablation par morcellement ; femme de 55 ans. (*Pièce 11*).

Kyste de l'ovaire bilatéral, début 3 ans ; femme de 50 ans. (*Pièce 53*).

B. HOMME.

Testicule tuberculeux, castration. Homme 35 ans. (*Pièce 203.* — Année 1889).

5o MEMBRE SUPÉRIEUR.

Chondrome de l'extrémité supérieur de l'humérus; homme de 47 ans. (*Pièce 195.* — Année 1889).

Anévrysme cirsoïde siégeant sur le côté externe de l'index de la main gauche ; ablation après double ligature ; femme de 43 ans. (*Pièce 248*).

Cancroïde étendu à toute la face dorsale de la main, ablation, greffe dermique ; homme de 72 ans. (*Pièce 240.* — Année 1891).

Grains riziformes extraits par simple incision d'une synovite chronique de la main gauche ; enfant de 12 ans. (*Pièce 13.* — Année 1892).

Kyste sébacé de la paume de la main, d'origine traumatique à la suite de la pénétration d'un clou ; homme de 32 ans. (*Pièce 83*).

6o MEMBRE INFÉRIEUR.

Grand séquestre situé dans l'épiphyse inférieure du fémur, amputation de cuisse ; homme de 50 ans. (*Pièce 189*).

Résection du genou, tumeur blanche ; fragments de quatre centimètres du fémur, de deux et demi du tibia ; fille de 20 ans. (*Pièce 222*).

Mélano-sarcome développé sur un ulcère variqueux de la jambe ; noyaux multiples ; femme de 70 ans. (*Pièce 232*).

Extrémités articulaires du fémur et du tibia; résection pour tumeur blanche datant de 3 ans ; fille de 23 ans. (*Pièce 53.* — Année 1891).

Séquestre d'un fémur d'ostéomyélite chronique depuis 10 ans ; homme de 22 ans. (*Pièce 142*).

Extrémités articulaires du fémur et du tibia, enlevées par résection du genou pour tumeur blanche, datant de 5 ans ; homme de 27 ans. (*Pièce 253*).

Exostose sous-unguéale du gros orteil gauche, début 3 ans ; ablation de la phalangette ; fille de 20 ans. (*Pièce 12.* — Année 1892).

Le Mans. — Typographie Edmond Monnoyer. — Oct. 1893.